

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adherent(e) doit être rempli par l'adhérent(e) lui-même notamment la nature de la maladie.
- Le cadre réservé à l'adherent(e) doit être rempli par l'adhérent(e) à la première consultation.
- La validité de la feuille de soins est de 6 mois à compter de la date de la première consultation.
- L'entente préalable doit être remplie par l'adhérent(e) pour les actes médicaux, chirurgicaux, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontal, soins orthopédiques, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués par les professionnels de santé.
- En cas d'accident, une déclaration pour accident doit être remplie par l'adhérent(e) et les circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

M22- 0058786

14/08/97

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7375

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : WAHBI MOHAMED

Date de naissance : 01/03/1967

Adresse : Habib Bourguiba

Tél. : 0663 11 17 43 Total des frais engagés : 250 + 808,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. K. HABTANY SEFRIoui
PNEUMOPHTISIOLOGUE
209, Bd 10 Mars Cité Mahrouka
Casa: Tél : 05 22 59 40 19

Date de consultation : 6/2/2023

Nom et prénom du malade : WAHBI Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

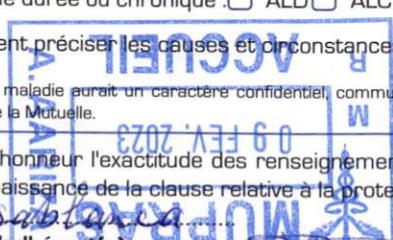
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 09/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Relèvement des Actes
6/23	6		2000	Dr. HABTANY SEHLOU Dr. NEUMOPHTISIOLOGUE Bd. TAH, 10 Mars Cr. de Malibout Tel: 05 22 59 40 18

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AMAN Dr. Houda Aman Bd. TAH Rue 17, N° 10 et 12 Hay Osra II - Ain Chock Télé: 02 05 97 99	06/02/23	Pharmacie AMAN Dr. Houda Aman Bd. TAH Rue 17, N° 10 et 12 Hay Osra II - Ain Chock Télé: 02 05 97 99 808,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
		</		

6 ID: 649667 GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 175,00 DH
118001141869

6 ID: 650239 GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 175,00 DH
118001141869

45,30 DH
05 2024
5X7-F-A

45,30 DH
05 2024
5X7-F-A

49,00
PPV (DH):
UT.AV:

S.I.

Chambre du bâton
au fond de la cuve

au fond de la cuve

un sac à gâteau

ATSA = 350,00

808,30

le menu de la cuve

aliments à la cuve

seulement sur (u)

14,10

aliments à la cuve

WORCE